

# MI PLAN PARA EL COVID-19

Desarrolla un plan personal para el COVID-19 **antes de enfermarte** y guárdalo en un lugar que recuerdes.

CONSEJO: *Completa este formulario y tómale una foto con tu teléfono celular.*

- Hay tratamientos disponibles para las personas que tienen un alto riesgo de enfermarse gravemente a causa del COVID-19. Casi dos tercios de las personas en Carolina del Norte están en alto riesgo. Eso incluye a personas mayores de 50 años o que viven con enfermedades crónicas como diabetes o asma. **Habla con tu proveedor de atención médica sobre tu elegibilidad para recibir tratamiento antes de dar positivo en la prueba.**
- Obtén más información sobre los factores que afectan tu riesgo de enfermarte gravemente a causa del COVID-19. Visita: [bit.ly/3J1JQ5j](https://bit.ly/3J1JQ5j)



## TENGO SÍNTOMAS

FECHA EN QUE COMENZARON LOS SÍNTOMAS:

### Hazte la prueba de inmediato

CONSEJO: *Para estar preparado, ten siempre a mano varias pruebas caseras. Guárdalas en un lugar con temperatura controlada, como un gabinete de la cocina o la despensa. ¡Asegúrate de revisar la fecha de expiración! Algunas fechas se extendieron. Obtén más información en [bit.ly/ExpiracionDePruebas](https://bit.ly/ExpiracionDePruebas)*

Ejemplos:

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolores musculares o corporales
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del gusto o del olfato
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal
- Náusea o vómito
- Diarrea

**Si das negativo, toma medidas preventivas cotidianas para detener la propagación de gérmenes. Busca atención médica de inmediato si los síntomas incluyen: dificultad para respirar, dolor o presión persistente en el pecho, piel, labios o bases de las uñas pálidas, grises o azuladas o si no puedes permanecer despierto o notas alguna otra señal de advertencia.**



## SÍ, DÍ POSITIVO

FECHA DEL RESULTADO POSITIVO:

### Llama a tu proveedor de atención médica para ver si eres elegible para el tratamiento

CONSEJO: *Si no tienes un proveedor de atención médica, comunícate con tu centro de salud comunitario. Para encontrar uno, visita la página: [findahealthcenter.hrsa.gov](https://findahealthcenter.hrsa.gov)*

- Aíslate en casa durante al menos 5 días y hasta que no tengas fiebre durante 24 horas, sin tomar medicamentos para la fiebre**
- Notifica a las personas con las que has estado en contacto 48 horas antes de presentar síntomas de que pueden haber estado expuestas (ó 48 horas antes de dar positivo en la prueba si no tienes síntomas)**
- Usa una mascarilla de alta calidad durante 10 días completos, en público y alrededor de otras personas**
- Monitorea tus síntomas**

## ESTUVE EXPUESTO AL COVID-19



FECHA DE EXPOSICIÓN:

### Hazte la prueba al menos 5 días después de haber estado expuesto

CONSEJO: *Para estar preparado, ten siempre a mano varias pruebas caseras. Guárdalas en un lugar con temperatura controlada, como un gabinete de la cocina o la despensa. ¡Asegúrate de revisar la fecha de expiración! Algunas fechas se extendieron. Obtén más información en [bit.ly/ExpiracionDePruebas](https://bit.ly/ExpiracionDePruebas)*

- Monitorea tus síntomas durante 10 días**
- Usa una mascarilla de alta calidad durante 10 días completos, en público y alrededor de otras personas**

**¿Necesitas ayuda para conectarte a recursos de alimentos, transporte u otras necesidades? Llama o envía un mensaje de texto al 211.**

**¿Preguntas sobre el COVID-19? Visita [Vacunate.nc.gov](https://www.vacunatenc.gov) para encontrar pruebas, tratamientos o centros de vacunación cercanos o llama al 800-232-4636 (TTY 888-232-6348).**

# INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Mi proveedor de atención médica (nombre y dirección):

*(Si no tienes un proveedor de atención médica, comunícate con tu centro de salud comunitario. Para encontrar uno, visita la página: [findahealthcenter.hrsa.gov](http://findahealthcenter.hrsa.gov))*

---

---

---

Teléfono: \_\_\_\_\_

Cómo contactar a mi proveedor fuera del horario de atención:

---

Mi farmacia (nombre y dirección): \_\_\_\_\_

---

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Mi departamento de salud local (nombre y dirección):

*(Si no lo tienes, puedes encontrar más información en [ncdhhs.gov/LHD](http://ncdhhs.gov/LHD))*

---

---

---

Teléfono: \_\_\_\_\_

## MIS VACUNAS CONTRA EL COVID-19

Nombre de la vacuna: \_\_\_\_\_

Dónde recibí mis vacunas contra el COVID-19: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de la serie primaria (una o dos dosis): \_\_\_\_\_

Fechas y tipo de refuerzo(s): \_\_\_\_\_

## MIS CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia #1 (nombre y número de teléfono):

---

---

Contacto de emergencia #2 (nombre y número de teléfono):

---

---

Contacto de emergencia #3 (nombre y número de teléfono):

---

---

*¿Necesitas ayuda para conectarte a recursos de alimentos, transporte u otras necesidades? Llama o envía un mensaje de texto al 211.*

*¿Preguntas sobre el COVID-19? Visita [Vaccinate.nc.gov](http://Vaccinate.nc.gov) para encontrar pruebas, tratamientos o centros de vacunación cercanos o llama al 800-232-4636 (TTY 888-232-6348).*

